BERGESIO dottor LIBERO

I FIBROIDI DELL'UTERO

IN RAPPORTO COLLO STATO PUERPERALE

LA TACHELORRAFIA

OD

OPERAZIONE DI EMMET

TORINO
TIPOGRAFIA ROUX E FAVALE
1885.

BERGESIO dottor LIBERO

I FIBROIDI DELL'UTERO

IN RAPPORTO COLLO STATO PUERPERALE

LA TACHELORRAFIA

OD

OPERAZIONE DI EMMET

TORINO
TIPOGRAFIA ROUX E FAVALE
1885.

Estratto dalla *Gazzetta Medica di Torino*.

I FIBROIDI DELL'UTERO IN RAPPORTO COLLO STATO PUERPERALE

« Di tutti gli organi dell'economia, scrive il De Sinety, l'utero è uno « dei più predisposti allo sviluppo di neoplasie (1). Per ciò che spetta « alla diversità e frequenza delle neoformazioni che si sviluppano nel- « l'utero, quest'organo non può nel corpo nostro essere superato da « un altro qualunque », osserva il Gusserow (2). Questa predilezione dell'utero allo sviluppo dei tumori addebitar si deve non solo alla cospicua varietà degli elementi anatomici che lo compongono, ma specialmente all'attività funzionale cui va soggetto per molto tempo nella vita muliebre, in dipendenza dei cambiamenti fisiologici che pel fatto delle mestruazioni e gravidanza in lui succedono.

Se cerchiamo nella statistica la prova matematica di questa predisposizione, mentre che secondo alcuni sarebbe punto difficile il trovarla e dimostrarla colle cifre ad esuberanza, per altri riuscirebbe ancora dubbiosa. Le asserzioni tanto citate di Bayle, Klobb e Nonat che avrebbero rispettivamente assegnato dopo il 35° anno di vita il 20, 40 e 25 % di frequenza ai tumori patologici dell'utero, sono in patente contraddizione colle ricerche di Richard e di Pollok che su 1383 donne sezionate s'incontrarono appena in 46 neoplasmi uterini. Credo anch'io collo Schroeder (3) e col Barnes (4), che esagerazione per ciò che riflette la frequenza in qualcheduno vi sia, come lo dimostrerebbe pure il fatto d'aver il Weber trovato che su 740 neoplasmi dell'organismo tutto, $^1/_{10}$ solo spetterebbe all'utero. È bensì vero in merito a queste ultime ricerche che il Weber raccolse la sua statistica esclusivamente nei registri ospitalieri tedeschi, e quindi, come egli stesso ammette, sono lungi queste cifre dal dare un giusto criterio sulla frequenza delle neoplasie uterine, stantechè le donne affette in gran mag-

(1) De Sinety, *Manuel pratique de gynécologie*, vol. I, p. 386.
(2) Gusserow, *Enciclopedia Pitha e Billroth*, vol. IV, p. 630.
(3) Schroeder, *Malattia degli organi sessuali*, vol. X, p. 198, *Encicl. Ziemsen*.
(4) Barnes, *Traité clinique des maladies des femmes — Fibroïdes*, p. 627.

gioranza sfuggono all'atto operativo e portano durante la loro vita tutta nei più dei casi il loro doloroso parassita (1).

Premesse queste generalità, veniamo al tema nostro ed intendiamoci prima di tutto su ciò che oggidì si intenda per fibroide uterino.

La clinica e l'anatomia patologica tentarono un mutuo accordo per la denominazione di questi neoplasmi. Dal lato istologico i tumori uterini vennero variamente classificati. Così il De Sinety ne fa due grandi divisioni a seconda risultano formati o da tessuto connettivo e muscolare come i fibromi, mixomi o sarcomi, o da tessuto epitelliare e ghiandolare come i polipi mucosi e le varie forme di epitelliomi. Gusserow pure li scinde in due grandi specie, prendendo per punto di partenza lo strato anatomico in cui si sviluppano, od il muscolo, o l'esterno rivestimento o la mucosa dell'utero. E siccome anche oggidì può stare l'antica divisione clinica dei tumori in genere in benigni e maligni, così il Gusserow di ogni classe ne fa due grandi famiglie. Tra i tumori provenienti dalla trama dell'utero pone i fibromiomi e mixomi costituiti da elementi connettivali e fibrosi che esportati non recidivano, ed i sarcomi che si differenziano dal cancro solo per la possibilità di ripetersi in sito e difficilmente in lontananza, ma che vengono studiati come neoplasmi d'indole maligna. Troverebbero punto di partenza della mucosa i polipi mucosi benigni ed i carcinomi recidivanti in sito ed in lontananza pure (2).

Wirchoff, fondandosi sul fatto che i tumori fibrosi dell'utero presentansi costituiti da fibre connettivali nelle cui trame spesseggiano cellule fusiformi da esso ritenute come fibro-cellule muscolari, classificò questi tumori non già tra i fibromi, ma bensì tra i miomi esclusivamente, denominandoli *miomi lœvicellulari*. Billroth però non accetta questo modo di vedere, e reputando essere le fibro-cellule provenienti da tessuto connettivale giovane, ne deduce che ove si ammettessero le idee in proposito di Virchoff, i fibroidi uterini dovrebbero venir classificati non già tra i miomi, ma bensì tra i sarcomi fuso-cellulari. La natura istologica dei tessuti che li compongono porta invece Billroth a ritenerli come veri fibro-miomi, caratterizzandoli col termine generico di fibroidi-uterini (3).

Per me trovo razionale e conforme all'anatomia patologica di questi neoplasmi ciò che ne pensa il Gusserow. Quanto più un fibro-mioma presentasi al microscopio come una semplice iperplasia dello strato muscolare dell'utero, tanto più dovrà battezzarsi colla denominazione specifica di mioma, per la grande prevalenza di fibre muscolari liscie; si noti che quest'iperplasia patologica si differenzia dalla fisiologia che succede nella gravidanza solo perchè il fibro-mioma è un prodotto parziale di una zona sola del muscolo uterino, mentre nella gravidanza concorre l'organo tutto all'accrescimento graduato e sino ad un certo punto uniforme. Viceversa poi, data nel tumore una grande sproporzione della fibra connettivale sulla muscolare, sarà sotto il nome di fibroma

---

(1) Weber, *Chirurgische Erfahrungen* 1859, p. 284, Berlin.
(2) Gusserow, loc. cit., p. 636.
(3) Teodoro Billroth, *Lezioni di patologia e terapia chirurgica generale*, capitolo 21, p. 637. Napoli.

che dovrà essere conosciuto. Da tutto ciò è facile il comprendere come per evitare ogni confusione sia meglio adottare, per denominare questi neoplasmi dell'utero, il termine generico di fibroidi, come proposero Barnes e Billroth.

Cornil e Ranvier (1) ritenendoli formati da fasci di fibre muscolari liscie incrociantisi nella trama in vario senso, propendono pur loro per la denominazione proposta da Wirchoff. Per questi autori i miomi dovrebbero scindersi dal lato istologico in due grandi classi. Verrebbero nel primo gruppo compresi i miomi a fibre striate, di natura congenita, scoperti da Rochitanski e battezzati in seguito dallo Zenker col rude termine di rabdomiomi, tumori rarissimi e di cui un bel tipo venne scoperto e descritto dal Colomiatti in un fibroide uterino presentatogli dal dottore Prelli che lo aveva esportato (2). Nel secondo gruppo gli istologi francesi sunominati ripongono i miomi a fibre muscolari liscie o lejomiomi di Wirchoff e Zenker, o fibro-miomi del Billroth comunissimi, come già loro dissi, nell'utero. La denominazione di fibromiomi pare la più consona ai dettami scientifici al Thomas Gallard e De Sinety come quella che meglio indica la natura istologica dei due elementi che concorrono a formare il fibroide uterino, mentre lo Schroeder li denomina indifferentemente lejo o fibro-miomi, conosciuti prima di tutto ciò coi termini di sarcomi, tubercoli, steatomi, isteromi dal Broca, dal Demarquay ed in genere dagli autori tutti anteriori al nuovo indirizzo dato dal Wirchoff all'istologia patologica.

Secondo il punto dell'utero in cui si sviluppano, è loro noto che questi tumori possono dividersi in sotto-sierosi, interstiziali e sotto-mucosi. Osserverò però tosto che molti anatomo-patologi, e li credo nel vero, ritengono che il punto di partenza della neoplasia sia ognora il tessuto medio dell'utero, e che il trasformarsi in sotto-peritoneali o mucosi venga solo prodotto dalla via ulteriore che terrà il tumore; tumore che a seconda si manterrà sessile a larga base o peduncolato, prenderà il nome complessivo di fibroma o di polipo uterino.

Dal lato ginecologo ed ostetrico ha pure molta importanza il conoscere la parte dell'utero prediletta dal fibroide uterino, importanza su cui in seguito insisteremo. Essi possono svilupparsi tanto sul corpo che sul collo dell'utero; non però in egual proporzione, essendo i primi di molto più frequenti dei secondi. Thomas Lee su 74 fibroidi uterini ne vide solo 4 impiantati sulla cervice; Courty di 110 del corpo ne registra 21 solo del collo (3), e Chahbazian su 380 fibromi complicanti la gravidanza da esso studiati, ne trovò solo 80 inseriti sul collo con punto di partenza a preferenza sul labbro posteriore (4). Per parte mia sui non pochi fibromi uterini già osservati, ricordo appena uno stupendo esempio di tumore miomatico proveniente dal collo uterino. Esso aveva la larghezza di un pugno di adulto, invadeva il labbro anteriore tutto e venne con molta difficoltà dal Giuseppe Berruti, coadiuvato da me, esportato colla catena del Chassagnac.

---

(1) Cornil e Ranvier, *Manuel d'Histologie pathologique*, 3[me] partie, p. 1154.
(2) Vittorio Colomiatti, *Gazzetta delle Cliniche*, anno 1880, N. 10.
(3) A. Courty, *Trattato pratico delle malattie dell'utero*, p. 993. Napoli.
(4) A. Bompiani, *Fibromi uterini in gravidanza e parto*. (Accademia Medica di Roma, bollettino 3°, p. 14).

Premesse queste brevi nozioni di anatomia patologica, indispensabili per lo studio nostro, veniamo ad un capitolo solo della patologia del fibroma uterino, al punto che specialmente ne interessa e che riflette le modificazioni ed evoluzioni che pel fatto del concepimento succedono nel tumore e le relazioni che si stabiliscono tra le due neoplasie fisiologica e patologica, cui può essere in preda l'utero.

Non ultima causa di distocia meccanica, nè tra le meno gravi è l'ostacolo portato al parto dalla presenza di un fibro-mioma. Esso può far sentire i suoi tristi effetti non solo sulla funzione del concepimento, ma può impedir pure la fecondazione, ostacolare lo sviluppo del feto e condurre la donna ad una fatale interruzione precoce della gravidanza.

Chiaramente ne emerge da tutto ciò di qual gravità sia la complicazione che studiamo nella vita sessuale della donna. Essa può produrre la sterilità, l'aborto od il parto prematuro; presentare all'ostetrico nel momento finale il dilemma di scegliere tra la vita della madre e quella del feto, ed inoltre far sentire ancora la deleterica influenza sua sino agli ultimi momenti del puerperio, quindi per tutto il grande ciclo del concepimento. Analizziamo brevemente tutte queste importanti modificazioni e studiamo le scambievoli influenze che tra di loro si esercitano, il fibroide uterino e la gravidanza.

Prima di tutto, in qual modo può il fibro-mioma impedire la fecondazione e procurare alla donna in molti casi la sterilità? Varie sono le cause che conducono a questo fatale effetto. Secondo il Barnes (1) l'afflusso di sangue maggiore cui sono in preda le pazienti, produrrebbe delle ripetute congestioni, punti di partenza in seguito di endometriti, ipertrofie ed iperplasie connettivali, esagerata funzione delle ghiandole uterine, e di frequenti pure origine di vaste esulcerazioni del collo. Questi mali sono già per se stessi fonti attivissime di sterilità; ma vi ha di più. Oltre all'impedito concepimento per alterata nutrizione dell'utero, noi abbiamo sovente pure questa anomalia funzionale consecutiva a causa meccanica, ad un vero ostacolo. Per quanto un fibroma sia piccolo, sviluppandosi in un punto dell'utero od anteriormente o posteriormente od ai lati, od in basso od in alto, produrrà, aumentando il peso della parte in cui si trova, delle deviazioni all'asse regolare dell'utero, dando luogo a versioni del viscere tutto in vario senso od a flessioni e torsioni del corpo sul collo, producendo così dei parziali o totali restringimenti nel canale cervico-uterino, per cui ne rimarrà impedito l'incontro dell'ovulo collo spermatozoi. Maggiore sarà l'atresia risultante o dallo spostamento tutto dell'organo, o dall'angolo di flessione fatto dal corpo sul collo, o dalla compressione esercitata direttamente sul condotto uterino del tumore, minori diventeranno le probabilità al concepimento.

Altre vie possono inoltre venir otturate dal fibroma; vie la di cui apertura è indispensabile per la fecondazione. Lo Schroeder giustamente osserva che il fibroma può produrre eziandio l'occlusione dei dutti fallopiani non solo in modo diretto, schiacciandone le pareti, ma pure indirettamente colle torsioni che succedono nelle trombe, quando

---

(1) Barnes, *Trattato*, loc. cit., p. 630.

l'asse dell'utero è deviato gravemente dalla linea sua fisiologica (1). Che il concepimento possa essere dall'atresia della tromba impedito non avvi dubbio alcuno. L'unione si fa per l'ordinario risalendo il follicolo spermatico dalla cervice uterina alle tube nel di cui terzo esterno, e secondo i più, sulla superficie dell'ovaio stesso, incontrandosi desso coll'ovulo femminile. Ben si comprende da tutto ciò il bisogno che ha lo spermotozoide di trovare le vie libere dovendo risalire contro le leggi della gravità, checchè ne sostenga in contrario il Lawson Tait (2), che vorrebbe succedesse sempre nell'utero l'accoppiamento dei due elementi indispensabili al concepimento. Mangiagalli nota ancor un altro ostacolo alla fecondazione che può essere conseguenza del fibroide uterino. L'accoppiamento può succedere, ma essendo in seguito ostacolato il passaggio dell'ovulo fecondato dalla tromba nell'utero, sviluppandosi nella tuba il prodotto del concepimento, ne consegue una gravidanza extra-uterina tubarica con tutte le sue conseguenze, come successe di osservare allo Stoltz (3), al George Harley che in tal caso vide la morte della donna al quinto mese, per la rottura successa nella cisti (4).

Già osservai che, permessa la fecondazione e la caduta dell'ovulo nel cavo uterino, il normale sviluppo del feto può variamente essere influenzato dall'esistenza della neoplasia in questione. Non bisogna dimenticare che la gravidanza è il migliore dei terreni per lo sviluppo rapido del fibro-mioma, il quale essendo, come già notammo, composto in gran parte di fibre muscolari liscie, obbedirà pur lui alla legge evolutiva che governa l'utero gestante. Sono frequenti negli autori le osservazioni di fibromi, che nacquero e si svilupparono enormemente nella gravidanza, diminuirono e scomparvero del tutto nel puerperio, per ripresentarsi di nuovo in altre gestazioni, lasciando completamente libera la donna nell'intervallo degli stati puerperali. Basta citare i casi resi pubblici da Danjau, Depaul, Caseaux, Aswhell, Priesteley e Playfair per corroborare quest'asserzione e dimostrare la grande influenza che la gravidanza esercita su questo neoplasma. Delle tre classi in cui sono divisi questi tumori, non tutti però subiscono in modo uguale questa influenza; così i fibromi sotto-sierosi aumentano molto meno degli interstiziali e sotto-mucosi, e di queste due ultime specie raggiungono volume maggiore quelli che liberamente si sviluppano e non sono incapucciati da capsula veruna. Il motivo è ovvio, e basta rammentare ciò che di loro dissi nell'anatomia patologica per tosto rendersene ragione.

Fortunatamente per le pazienti i fibroidi si presentano come una delle più rare complicazioni della gravidanza. Playfair giustamente scrive che considerata la frequenza dei tumori fibrosi uterini, pare straordinario ch'essi non intralcino più sovente il parto. Ciò, secondo l'ostetrico di Londra, dipenderebbe non da altro che dalla minor attitudine al concepire cui è soggetta la donna affetta da tale fibroma (5); sterilità relativa che viene universalmente dagli autori citata ed ammessa e su cui

---

(1) Schroeder, *Trattato*, loc. cit., p. 201.
(2) Lawson Tait, *Pathologie et traitement de la grossesse extra-utérine.* Archives de Tocologye, anno 1884, fascicolo di ottobre.
(3) Mangiagalli, *Dei fibro-miomi uterini ecc.*, 1878, p. 12.
(4) Harley G., *Obstetrical transactions*, vol. I, p. 101, London.
(5) Playfair, *Traité théorique et pratique de l'art des accouchements*, p. 478.

io già chiamai l'attenzione loro. Benchè Carlo Braun propenda a non credere tanto rara questa complicazione in ostetricia (1), i fatti però gli danno torto. Mangiagalli su 6000 parti da lui esaminati per lo studio di tale questione nei registri della Maternità di Milano, s'imbattè solo in tre osservazioni di fibromi su donna gravida richiedenti colla loro presenza le cure dell'ostetrico (2). Ugual proporzione vi esiste nell'Istituto Ostetrico di Torino. Dai rendiconti clinici dal 1851 a tutto il 1872 rilevo che su 6248 parti, due donne sole chiamarono l'attenzione del sanitario, perchè affette da fibroide uterino. Una nell'anno 1867, la di cui storia trovai riportata nella relazione clinica del dott. Paventa, l'altra nel 1872 è riferita dal prof. Giuseppe Berruti. Amendue non erano gravide e furono solo ricoverate per sospetto di gravidanza, che fu dileguato col cateterismo uterino. Nei rendiconti della Maternità di Torino riflettenti un movimento clinico di 1836 ricoverate, nessuna osservazione vi è riportata di fibroide uterino complicante la gestazione (3). Dal novembre 1876 a tutto luglio 1881 in cui funzionai come Assistente nella Clinica Ostetrica di Torino, due soli fatti si presentarono di tumori uterini su donna gravida. Amendue erano fibromi sotto-sierosi, della grossezza di un uovo di gallina il più grosso, che non diedero luogo a fenomeni di sorta, e si fecero solo rimarcare per la rapidità con cui scomparvero durante il puerperio. Notando che la media dei parti nel quinquennio si può fissare in circa 300 parti annuali, noi abbiamo dalle mie ricerche la cifra complessiva di 9584 gravide e partorienti con solo 4 osservazioni di fibromi uterini.

Dalla enunciata statistica avranno rilevato che in due su sette donne recanti fibromi uterini, trattavasi di dubbio tra tumore patologico e gravidanza, avendo l'arte dovuto intervenire solo per chiarire la diagnosi. Or bene, lo differenziare tra di loro questi due stati dell'utero, non è impresa nei più dei casi facile, e nei primi mesi, nel periodo cioè dei fenomeni incerti della gravidanza, riesce molte volte difficilissimo ed anche impossibile ai più esperti. Sapranno che la diagnosi differenziale dei varî tumori addominali non è sempre possibile. Sintomi fissi, certi pel diagnostico sovente ne fanno difetto, e se per la questione nostra qualche autore credette poterne segnalare, le ulteriori osservazioni non tardarono a dimostrarne la fallacia. L'emorragia ed i disturbi mestruali su cui oggidì ancora si fa tanta fidanza per la diagnosi dei fibro-miomi, tumori ovarici e gravidanza, sono lungi dall'avere quel carattere di fissità, di assoluta certezza che qualche osservatore volle loro assegnare. Per essere di ciò maggiormente persuasi, basta scorrere l'ultimo lavoro sui tumori addominali dello Spencer-Wells la di cui autorità in materia giustamente fa testo pel corredo scientifico e pratico di cui è fornito (4).

Varî sono nei primi mesi di gravidanza i punti di contatto col fibroide che rendono talora impossibile il pronunciarsi in modo definitivo. Il ciclo di sviluppo del neoplasma patologico, l'anamnesi su cui tanto insiste lo

---

(1) Carlo Braun, *Trattato di Ostetricia*, vol. I, p. 149.
(2) Mangiagalli, *Dei fibromi uterini*, memoria, loc. cit., p. 1.
(3) Pei rendiconti statistici, vedi bibliografia in fine della memoria.
(4) Spencer-Wells, *Sui tumori ovarici ed uterini*. Traduzione di G. Colombo, Napoli 1884.

Schroeder (1), l'esistenza e la mancanza di mobilità nella parte, possono benissimo condurci ad errori e scambi deplorevoli, autorizzandoci al cateterismo di un utero gravido colla sua funesta conseguenza sulla vita dell'embrione. Le emorragie riescono di prezioso elemento diagnostico, se i fibromi preesistevano prima della gravidanza. Ma quando succede, come nel caso mio, in cui la paziente giammai aveva osservato il più piccolo disturbo mestruale, giammai notata la presenza di una goccia di sangue dalla vulva all'infuori dell'epoca catameniale, in cui anzi l'unico fenomeno che l'aveva sorpresa nella sua vita uterina era all'opposto la mancanza dello scolo emorragico mensile, inducendola a ritenersi gravida di due o tre mesi, mentre stando al volume preso dall'utero la si poteva giudicare nel 6° mese di concepimento, allora si comprende benissimo che in qualche caso l'emorragia non può avere importanza alcuna. Il criterio della consistenza e della mobilità pure è quanto mai mutabile. Gusserow giustamente osserva che nei primi cinque mesi di gravidanza, quando il vero maggiormente a noi tenta celarsi, l'utero può mantenersi mobile anche senza l'esistenza di fibroidi. Stupisce che mentre è unanime il consenso dei ginecologi sulle grandi difficoltà diagnostiche tra fibromi e gravidanza nella prima metà di questa, Schroëder solo fondandosi sui suddetti caratteri scriva: *esser facile il distinguere questi due stati dell'utero fra di loro* (2).

Altri caratteri abbiamo ancora di diagnosi su cui chiamo brevemente l'attenzione loro. Barnes, Braun, Schroeder, Thomas Gallard, Courty, De Sinety, ed i ginecologi tutti danno molta importanza alle variazioni gravidiche del collo ed orificio uterino. Il rammollimento ed il color violaceo del muso di tinca, il fatto di mantenersi nel fibroma pervio l'orificio uterino esterno ed il canal cervicale, mentre nella gravidanza si chiuderebbe (3), avranno per certo peso quando si possono constatare. Ma il collo dell'utero purtroppo che non ci è dato sempre di poterlo esaminare, essendo talora come successe a me stesso di vedere, portato in alto allo stretto superiore e quindi fuori della possibilità di venir raggiunto dal dito.

E ben sovente questo preziosissimo punto di riposo dei morbi uterini ne fa difetto in pratica. L'Howitz al Congresso di Copenaghen di quest'anno chiamò l'attenzione dei ginecologi sulle difficoltà risultanti dall'impossibilità di poter raggiungere la cervice uterina e giustissime sono le riflessioni sue sugli ostacoli che s'incontrano *quando il collo è portato in alto col diaframma anteriore dell'utero, ed essendo la cavità uterina dilatata da un tumore, la diagnosi differenziale diventa difficilissima* (4).

Altri sintomi vennero da alcuni autori presentati per stabilire o negare la concomitanza di un fibroma colla gravidanza, ma che però non possono avere un valore assoluto. Le variazioni del soffio uterino da Mac Clintok scoperto nei tumori fibrosi pur anco dell'utero, per

---

(1) Schroeder, *Trattato di ginecologia*, loc. cit., p. 210.
(2) V. Schroeder, loc. citato, pag. 210.
(3) Carlo Braun, loc. cit., pag. 125, VI.
(4) V. *Comptes-rendus du Congrès de Copenhague.* Archives de tocologie, octobre 1884, pag. 768.

quanto sia il valore delle asserzioni dello Spencer Wells e di Winkel che ultimamente ancora vi richiamarono sopra l'attenzione dei patologi, non sono fenomeni fissi ed invariabili. E ben a ragione il Barnes ed il Gusserow vi obiettarono, poter neppure l'orecchio il più esercitato all'ascoltazione ostetrica nei più dei casi scoprire le differenze che passano tra soffio uterino da fibroma e quello da gravidanza (1). Maggior valore avrebbe invece a parer mio il sintomo proposto da Braxton Hics, accennato dal Barnes e Gusserow nei loro lavori, e su cui tanto insistette per la diagnosi differenziale dei tumori addominali in una pregevole monografia il Concato (2).

L' Hics avrebbe trovato che frizionando esternamente le pareti addominali colla palma della mano se sotto nell'utero vi cova una gravidanza, il tumore dà la sensazione di un corpo che s'irrigidisce e diventa duro, mentre questo segno ne mancherà se si tratta di un fibroma. La diagnosi differenziale si fonderebbe quindi sulla proprietà tanto squisita nell'utero gestante di contrarsi facilmente, mediante un'eccitazione diretta o riflessa. Badino che il Braxton-Hics, nel settembre scorso, innanzi ai ginecologi convenuti in Danimarca, presentò una nuova memoria sul tema in quistione (3), e siccome nell'ultimo convegno di Londra gli era stato obiettato che i tumori molli possono pure dar luogo a contrazioni, egli ripete le osservazioni sue, e fondandosi sul fatto dell'intermittenza e della costanza con cui nell'utero gravido si può colle frizioni risvegliare l'attività contrattile, più che mai insistette sull'importanza del segno da lui trovato. Nella discussione tenutasi sulla relazione ivi presentata dal Koberle sui tumori addominali in una delle sedute di detto Congresso medico internazionale, questo punto di diagnosi differenziale venne discusso e commentato, ed il Presteley di Londra se ne fece caldo fautore corroborando la sua opinione con fatti clinici proprii o venuti a conoscenza sua. Il Concato nella già citata sua monografia riporta pure due osservazioni interessantissime che dimostrano l'importanza pratica di questo segno che per certo avendo una base fisiologica quasi sicura è uno dei migliori. Ma in che modo lo si potrà cercare se un enorme strato di adipe vi impedisce di limitare per bene il tumore e toglierà ogni potenza all'eccitazione riflessa, come successe nel caso mio in cui tutte le difficoltà diagnostiche sembra si fossero dato convegno? È fortuna che il tempo possa chiarire le cose. Già loro notai che dopo il 5° e 6° mese ogni difficoltà scompare presentandosi, se la donna è gravida, i segni certi di questo stato, tra cui metto in prima linea il battito cardiaco ed i moti attivi del feto.

Dileguati i sospetti, accertata la presenza dell'ovulo nell'utero nel di cui cavo alloggia pure un fibroide, molte volte, come già dissi, questo conduce all'interruzione abortiva o prematura della gravidanza. Si noti che l'aborto in questi casi può essere prodotto da varie cagioni, ed è raro quindi che la gravidanza non ne venga in qualche modo disturbata. Dai lavori sul tema che oggidì ne occupa di Toloczinow, West,

---

(1) Barnes, *Traité clinique* citato e Gusserow, opera citata. Cap. Fibroidi.
(2) Concato, *Diagnosi differenziale dei tumori addominali*. Collezione di letture italiane dirette dal prof. Bizzozero. — Lettura 2ª, anno 1882, pag. 41.
(3) V. *Comptes-rendus* già citato. — Fasc. di novembre, pag. 884.

Winkel, Naus e Sebifeau potei raccogliere la casistica di 487 gravidanze complicate da fibromi in cui 127 volte successe l'aborto; cioè circa in un quarto dei casi. Ma non tutti i fibromi uterini danno luogo con egual frequenza a questo doloroso accidente. Forget scrive che i tumori fibrosi del fondo procurano più facilmente l'aborto, mentre quelli del segmento inferiore e del collo predispongono maggiormente al parto prematuro; ciò in conseguenza dello sviluppo cui sono in preda queste diverse parti nelle varie epoche della gravidanza (1). Gli autori si accordano in modo quasi unanime su questa fatale influenza, per cui fa stupire che il Caseaux abbia potuto negarla e scrivere che *di solito i tumori fibrosi non esercitano alcuna influenza nociva sul decorso della gravidanza?* (2).

Le cause che producono l'interruzione della gravidanza sono di varia natura. O dipendono dalla tendenza che ha l'utero affetto da fibroma ad iperemizzarsi e quindi dar luogo a gravi emorragie consecutive; o dall'impedito aumento dell'ovolo a cui il neoplasma ruba spazio e mezzi di vita, soffocandolo ed obbligandolo così ad atrofizzarsi. Si stabilisce una lotta tra i due tumori per l'esistenza, in cui la peggio tocca sovente al parassita fisiologico e non al patologico. Ne risulta da tutto ciò che l'organo gestante del continuo in preda ad una sorda irritazione si contrae, e dei due corpi espelle dal suo cavo quello che ha minori aderenze, cioè l'ovulo. L'aborto è in questo caso accompagnato da gravi metrorragie che mettono seriamente a repentaglio la vita della madre e necessitano, per scongiurarne gli effetti, il pronto intervento dell'ostetrico. La dilatazione dell'orificio uterino, la rimossione dei prodotti tutti del concepimento, l'applicazione tipica degli stitici, i preparati ecbolici internamente e le iniezioni di ergotina all'esterno sono i presidii terapeutici migliori per frenare la copiosa perdita di sangue causata dal difetto di regolare contrazione cui è in preda l'utero occupato da fibroma.

Il feto può inoltre venir direttamente influenzato dalla presenza del neoplasma e gravi ostacoli possono insorgere al suo regolare sviluppo. Si sa che il prodotto del concepimento obbedisce negli ultimi mesi ad una speciale legge di accomodamento, formolata pel parto dal Pajot, illustrata dai lavori di Pinard e Martel (3), ma su cui primo a chiamare l'attenzione fu il nostro Esterlè di Novara. Sarebbe regola che a diametri maggiori fetali dovessero corrispondere sempre diametri maggiori materni, cercando il feto di accomodarsi per bene nel cavo uterino, o per essere più corretti, essendo lui passivo, tentando l'utero con sorde contrazioni di dargli una comoda posizione. Ecco così spiegato il motivo per cui mentre prima del 6° mese havvi una decisa prevalenza delle presentazioni podaliche, in seguito è la testa che viene spinta in basso, perchè l'ovoide pelvico più voluminoso ha d'uopo di salire verso la cupola uterina dove trova maggior spazio. Se nessun ostacolo materno o fetale intralcia l'opera della natura facendo deviare il feto, questo il

---

(1) Gusserow, *Fibro-miomi in rapporto colla gravidanza, parto e puerperio.* — *Enciclopedia* Billroth, vol. 4°, pag. 734.
(2) Caseaux et Tarnier, *Trattato d'ostetricia.* — Parte v, pag. 674.
(3) Martel, *De l'accomodation en obstétrique.* — Paris, 1878. — Pinard. *Traité du palper addominal.* — Paris, 1878.

93 % si presenterà col vertice in basso alla bocca uterina, mentre se vi esiste un impedimento poggerà a destra od a sinistra, o rimarrà in alto.

Or bene, in qualunque punto dell'utero si sviluppi il fibro-mioma, esso aumentando in volume sposterà il feto, dando così luogo ad anomalie tali nella presentazione, da rendere, come osservarono Caseaux e Tarnier, uguali nel parto a termine le presentazioni podaliche alle cefaliche, mentre, come già loro dissi, normalmente il podice si presenta solo circa il 3 % delle volte. Per maggiore schiarimento riporterò in proposito qualche cifra che meglio delle mie parole potrà convincerli. Dai lavori già accennati di Nasse, Toloczinow, Sussescrott, Tarnier e Mangiagalli, trovo che su 276 parti complicati dalla presenza di fibroma ed in cui venne notata la presentazione del feto, il vertice si osservò 135 volte, cioè appena il 50 % invece del 93 %; le natiche 69 volte, in $^1/_4$ dei casi, ovverossia il 25 invece del 3 %; le spalle 45 volte, per un sesto mentre che sarebbe appena una volta su cento che il piano laterale si presenta ordinariamente. Notino che anche portandosi il vertice in basso, il fibro-mioma può impedirne la flessione e dar luogo a delle anomalie nella presentazione e riuscire causa di grave distocia, producendo delle compressioni e procidenze del funicolo ombellicale. Il feto può inoltre, eziandio nel parto spontaneo complicato da fibroma, riportare lesioni, come lo attestano i fatti di Simpson, Lachapelle, Kuchenmeister e Martin che osservarono delle fratture e lesioni cerebrali gravi, consecutive alla compressione subìta contro il tumore dal cranio fetale.

Ma altri disturbi si osservarono negli annessi fetali causati dall'esistenza del parassita patologico. La sua presenza prima della fecondazione altera talora l'impianto dell'ovolo nella sua caduta sul cavo uterino, nel periodo cosidetto di nidiazione dall'Aveling, impianto che succede per l'ordinario sulle pliche della mucosa tumefatta verso il fondo, come lo dimostra l'osservazione quotidiana del punto d'inserzione prediletto dalla placenta. È noto ch'essa trovasi per l'ordinario in alto, o sulla parete anteriore o posteriore, raramente sui lati, e più a destra che a sinistra; su 335 osservazioni di inserzioni di placenta da me raccolte nei trattati di ostetricia, 181 volta essa erasi sviluppata in alto e posteriormente; 165 in alto pure, ma anteriormente; 29 volte sul lato destro, a sinistra 16 e sulla cupula 4 volte. Or bene l'ovulo od obbligato tosto che cade nell'utero a scivolare in basso perchè trova il fondo dell'organo occupato dal tumore, o spinto in seguito in basso dal progredire in volume del fibroma, portasi nella zona media o sul segmento inferiore dell'utero, ed ivi impiantandosi e prosperando può dare luogo ad una gravissima complicazione, alla cosidetta placenta previa marginale o centrale.

La presenza del tumore non richiede sempre l''intervento operativo nel parto, e benchè se diamo retta alla statistica si dimostri a parer mio troppo ottimista lo Schroeder quando scrive; essere raro che i miomi siano di ostacolo al parto perchè si ritraggono in alto colle pareti dell'utero (1), ciò nondimeno su 42 casi riportati dal Tarnier (2)

---

(1) Schroeder, *Trattato d'ostetricia.* — 7ª edizione, versione Rocca, pag. 941.
(2) Caseaux, *Trattato,* loc. cit. — Versione italiana, pag. 673.

e sui 44 raccolti dal Mangiagalli, 23 volte il parto successe spontaneo. Ma non bisogna però fare molto a fidanza su questo felice risultato. Non v'è dubbio che se il tumore è di natura muscolare, poco consistente ed in alto, riuscendo facilmente spostabile e compressibile, l'ostacolo che porterà all'uscita del feto può benissimo essere superato dalle sole forze naturali. Ma purtroppo che sempre così non succede. Bisogna notare che nelle osservazioni da me riportate eranvi casi in cui l'aborto od il parto prematuro avevano terminato la gravidanza e quindi per il poco volume del feto permessa l'espulsione sua spontanea. Le cose cambiano d'aspetto nel parto a termine, ed è qui che in $^3/_5$ dei casi l'arte deve intervenire, e soventissimo con operazioni cruente in modo da far scrivere allo Joulin che la complicazione in discorso: *est une des plus grandes difficultés de la distocie* (1).

Ma quali sono i motivi di questa fatale influenza, e per qual meccanismo il tumore intralcia così fortemente l'uscita naturale del feto dalle vie materne? Analizziamo brevemente il modo di comportarsi del fibroide nel sopraparto. Se il tumore è peduncolato può venir distaccato dalle vigorose contrazioni dell'utero e così essere partorito prima o dopo il feto. Casi di espulsione spontanea se ne registrano varii, ma il più delle volte è l'arte che favorì questo risultato o semplicemente coadiuvando con contrazioni gli sforzi della natura, od escidendo il tumore se di forma poliposa nel suo pediciolo, od enucleandolo se sessile. In due momenti differenti del parto puossi raggiungere lo scopo. O prima dello sgravio per aprir la via al feto; o subito dopo l'espulsione sua approfittando della facilità con cui in questi momenti si raggiunge la neoplasia. I fatti di Braxton-Hics, di Danjau, di Spencer Wells, di Schroeder chiaramente attestano questa possibilità, che per certo ove si presenti, non deve lasciar in dubbio l'operatore sul da farsi. Presentandosi condizioni favorevoli l'arte interverrà tosto, per non lasciarsi sfuggire una sì favorevole occasione di liberare la donna.

Ma anche rimanendo in sito il fibroma, il parto spontaneo è possibile vuoi per la cedevolezza sua, vuoi perchè essendo possibile il respingerlo in alto non ostacolerà più il passaggio del feto. La natura stessa s'incarica molte volte colle valide sue contrazioni di ottenere quest'ultimo risultato, e la pratica ostetrica fece tesoro di questo savio procedere, in modo che i trattatisti e maestri tutti insistono sulla necessità di tentare lo spostamento in alto del neoplasma, non arrestandosi nell'impresa se non innanzi a reiterate prove, ed a fermo convincimento dell'impossibilità di poter riuscire. Ricordino loro Signori, che varii sono i fatti in cui nuovi operatori sopraggiunti ottennero tali felici risultati laddove altri aveva fallito e consigliato in conseguenza gravi operazioni cruente. È molto in proposito istruttivo il caso dello Spencer Wells che, chiamato presso una partoriente per operarla di taglio cesareo, stante grave complicazione di fibro-mioma uterino voluminoso, riuscì a respingerlo, liberar le vie ed ottenere l'espulsione spontanea di un feto vivente, mentre distinti suoi colleghi avevano invano tentato l'impresa ed insistevano per la pronta gastro-isterotomia (2).

---

(1) M. Joulin. *Traité d'accouchements — Dystocie par tumeurs poreux*, pag. 70.

(2) *Obstetrical transactions.* — London, vol. 9°, pag. 73.

Sono unanimi pure gli autori nel ritener pel parto più dannosa la presenza del mioma inserito sul segmento inferiore ed a larga base che non quelli delle altre specie, riuscendo molto più difficile ottenere lo spostamento ed otturando più direttamente lo scavo pelvico. Ed è specialmente per questi fibroidi che si richiede la preventiva esportazione, ed appunto per ciò il Joulin insiste sull'importanza della diagnosi differenziale nel sopraparto tra tumore sessile o pedicolato, potendosi nel primo caso ben poco o nulla attendere dai tentativi naturali od artificiali di riduzione, mentre più facilmente questi riusciranno se si tratta di polipo.

Svanite le speranze di un parto spontaneo o di ottenerlo con semplici tentativi di ripulsione o di riduzione del tumore, e necessitato un diretto intervento ostetrico, la natura di questo dovrà essere regolata come per la distocia dei vizi pelvici dal grado di restringimento determinato nelle vie materne dal fibroma. Sarebbe poco razionale il voler adottare un'operazione sola per i casi tutti. Aspettazione prima, tentativi di ripulsione del tumore e di estrazione del feto se in presentazione podalica poscia, versione interna se si tratta di presentazione trasversale, il rivolgimento od il forcipe, a seconda delle simpatie dell'operatore se è la testa che si presenta in basso, embriotomia seguìta o no dall'estrazione immediata a seconda dei casi, embriolcia, taglio cesareo classico o modificato, ecco la lunga serie dei mezzi ostetrici che tale complicazione può necessitare. In altre parole tutta l'ostetricia operativa trova il suo campo di applicazione in questa specie di distocia meccanica. Come nei vizi pelvici, anche qui talora si sa dove e quando si incomincia, ma non come si finirà. Qui pure incominciamo dall'aborto o parto prematuro provocati, per salire man mano ad una delle più gravi operazioni cruente della chirurgia, all'amputazione utero-ovarica; e come già notai molte volte, un operatore non può stabilire *a priori* un piano operativo fisso, perchè come nella questione dei vizi pelvici dei due elementi che costituiscono il problema del parto, noi possiamo valutarne uno in modo quasi certo, il grado di apertura delle vie materne, mentre l'altro, il feto, sfugge quasi completamente alle probabilità di un calcolo esatto.

Barnes dopo di aver premesso di essere, come l'Aswel e tanti altri, partigiano della provocazione del parto prematuro nella gravidanza complicata da fibroide, se nel parto a termine fallirono l'aspettazione ed i tentativi di ripulsione e di enucleazione del tumore, riassume i presidii ostetrici nelle seguenti proposte. Quando lo spazio utile pel passaggio del feto si può valutare di circa 76 millimetri, data una presentazione cefalica non escludendo il forcipe, dà come lo Schroeder la preferenza al rivolgimento podalico; se l'ostacolo scende a 51 millimetri ed il tumore non cede sotto la pressione del feto tratto in basso dal forcipe o dal rivolgimento, consiglia la craniotomia e se è il vertice che scende in basso, la versione podalica interna per poter estrarre il feto, riservando la cranioclastia o diretta estrazione prima della testa, pei casi in cui il limite del restringimento scende sotto i cinque centimetri (1).

È praticamente possibile l'ottenere in questo ultimo caso l'estrazione

---

(1) Robert Barnes. *Leçons sur les opérations obstétricales.* Trad. Cordes. — Paris, 1878, pag. 259.

di un feto a termine senza che la cefalotomia abbia ridotti i diametri della base cranica? È giusta questa preferenza data al rivolgimento sia sul forcipe come sulla cranioclastia per l'estrazione consecutiva del feto? Non esito a schierarmi contro parte di questo modo di vedere. Lasciando la questione dell'*A* e dell'*O* di Simpson, della preferenza cioè del rivolgimento sul forcipe e viceversa, questione eterna nei restringimenti pelvici di grado medio, che anche nella distocia da fibromi uterini fa capolino e che oggidì venne di nuovo suscitata in America con vario parere, come lo dimostra un recente studio del Kingmann (1), non è al presente per nulla dimostrato che una versione podalica interna debba considerarsi meno grave per la madre di una cranioclastia, quando si tratta di feto craniotomizzato e quindi fuori del campo della Ostetricia conservatrice. Non riesco a comprendere come abbiasi a ritenere più grave il portare su di un lato del bacino una piccola branca dello strumento del Braun, nessun conto dovendosi tenere per gli attriti materni di quella che lavora nello speco cranico fetale, dell'introduzione talora forzata di una mano, che per quanto piccola sia, dovrà per giungere al fondo dell'utero far correre pericoli di lacerazioni ai tessuti materni per vie così ristrette, per certo maggiori dell'applicazione e trazione in basso col cranioclasta. Io so che nel caso mio consigliato, volli tentare il rivolgimento, ma l'ostacolo che trovai benchè di limite superiore ai 65 millimetri mi fece tosto smettere.

Accenno appena ai metodi proposti dal Barnes per l'embriotomia se il restringimento assoluto causato dal fibroide è inferiore ai 5 centimetri. Sezionare con un filo metallico il capo di un feto, o per meglio dire portare un filo attraverso a tale angustia sul feto, fissarlo e dividere le parti, mi sembra nei più dei casi voler rinnovare la leggendaria fatica di Sisifo, perdendo così un tempo utilissimo per la madre, a cui purtroppo, se non si provvede con un più razionale metodo di cefalotrissia, rimarrà solo come ultima speranza il taglio cesareo classico o modificato, con tutte le sue peripezie.

È fortuna che non troppo di sovente si debba ricorrere a quest'ultima operazione, ma che come scrive il Braun *sia rarissimo che i fibromi esigano assolutamente il taglio cesareo,* noi non possiamo ammetterlo. Se stiamo alla statistica, la necessità di rivolgersi a questa grave operazione è relativamente frequente. Benchè l'embriotomia sia per me sempre da preferirsi quando si può, non bisogna però dimenticare che anche nel suo impiego essa ha un limite sotto cui l'applicazione diventa quasi un'utopia, e dove il taglio cesareo a noi si impone benchè scriva lo Schroeder che esso *sia in tali casi un'operazione sempre mortale* (2). E purtroppo che i risultati ci autorizzano a tutto tentare prima di ricorrere alla gastro-isterotomia. Dalla statistica di Tarnier abbiamo che su 42 osservazioni di parti distocici per complicazioni di fibromi si dovette praticare 14 volte la sezione cesarea classica, con 12 decessi materni. Sui 46 casi raccolti da Mangiagalli noto tre gastro-isterotomie di cui una susseguita da amputazione utero-ovarica (fatto di

---

(1) Rufus L. Kingmann, *Turning Vs. high Forceps.* — *Boston American journal of obstetrics.* Luglio 1884.

(2) Schroeder. *Trattato di Ostetricia* — pag. 491 — Versione Rocca.

Storer), con due risultati negativi nella madre, e su 22 di queste operazioni raccolte dal Cazin 19 volte la madre ne ebbe a soccombere, dando così in complesso su 39 operazioni cesaree necessitate da fibroidi uterini, 35 decessi, cioè l'82 % di mortalità. Il Sanger nel suo lavoro sui fibromi uterini in rapporto col taglio cesareo riporta una diligente statistica del taglio cesareo per fibroidi uterini da lui raccolta nella letteratura ostetrica dall'anno 1833 al luglio 1881; su 43 osservazioni si avrebbero avuti soli 7 successi con una mortalità dell'83,7 %. Avendo l'applicazione rigorosa delle cautele listeriane oggidì notevolmente modificata la prognosi della chirurgia addominale, e la modificazione del Porro migliorati i successi del taglio cesareo classico nelle pelviche viziature, il Mangiagalli (1) in una sua dotta monografia volle studiare le influenze che tutto ciò ebbe sulla gastro-isterotomia per distocia da fibromi uterini. Or bene partendo da questo concetto, secondo la statistica del Sanger prima del 1876, anteriormente cioè all'introduzione razionale dell'antisepsi ostetrica, su 34 operazioni si avrebbero avute appena 3 guarigioni e l'alta mortalità del 95,2 %. Da quest'epoca sino al 1881 su otto tagli cesarei l'autore registra ben quattro guarigioni, il 50 % cioè di successo; in tre casi si fece susseguire alla gastro-isterotomia l'amputazione del Porro, ma fatalmente con esito infausto in tutte e tre le operate. Mangiagalli sulle 140 operazioni del Porro da lui raccolte nel campo ostetrico sino al 1883 ne riporta 7 in cui il movente dell'atto operativo si fu la complicazione nel parto di fibromi:

1° Storer, di Boston	anno 1868	esito della madre,	morta
2° Tarnier, Parigi	» 1879	» »	id.
3° Zweiffel, Erlangen	» 1880	» »	id.
4° Agnew, Filadelfia	» 1880	» »	id.
5° Ciatagliotti, Palermo	» 1880	» »	guarita
6° Prochownik, Amburgo	» 1881	» »	morta
7° Fochier, Lione	» 1882	» »	guarita

e quindi coll'alta mortalità del 71,42 %.; questo risultato se non ci spinge verso il pessimismo di Schroeder deve certamente aver molto peso sul *modus agendi* innanzi alla complicazione in discorso, ed io non posso che sottoscrivere a piena mano all'opinione dell'egregio prof. di Catania che l'enucleazione per la via vaginale, la miotomia anche in gravidanza debbano preferirsi al taglio cesareo classico o modificato, e che, come già loro dissi, questo lo si abbia solo da noi ad accettare, perchè impostoci da peculiari circostanze a cui già più sopra accennai.

Anche dopo il parto può il fibroma far sentire la sua perniciosa influenza, disturbando il regolare contrarsi dell'utero; anomalia questa che sovente già si osserva nel sopraparto e dà origine ad un'inerzia del muscolo o tetanizzando od indebolendo l'azione sua contrattile. Questo irregolare ritrarsi dell'utero causa un'atonia dopo espulso il feto, per cui i vasi utero-placentari rimanendo beanti possono dar esito ad emor-

---

(1) Mangiagalli, *Le più recenti modificazioni del taglio cesareo.* — Milano, pag. 196.

ragie profuse e talora mortali come risulta dalle osservazioni di Chaussier, Outrepont, Puchette e di Simpson.

Nel puerperio è quasi regola che i fibro-miomi subiscano favorevoli condizioni di retrazione. Gli autori tutti segnalano questa benefica influenza sulla evoluzione dei fibroidi nel puerperio, obbedendo pur loro alla legge d'involuzione che regola e domina il muscolo uterino dopo il parto. Aumentando nel puerperio la proprietà nelle fibre muscolari di ridursi ed atrofizzarsi, ne consegue che più un tumore sarà di natura miomatosa, maggiori riusciranno come osservarono Gusserow e Spiegelberg le probabilità non solo di riduzione, ma pure di scomparsa del neoplasma. E se fuori dello stato puerperale qualche ginecologo nutre ancora dei dubbii sul possibile riassorbimento di un fibroma uterino, nel puerperio è certo che di frequente questo fatto succede, producendo uno dei più curiosi e strani fenomeni della patologia dei fibroidi uterini. La gravidanza non solo provoca in loro aumenti rapidi e notevoli ma sovente ne è il punto di partenza; e mentre che senza di lei forse sarebbero rimasti per sempre sconosciuti, essa li nutrisce, fa prosperare e mette in evidenza per poi lasciar l'opera sua in mano al puerperio che quasi sempre li rimpicciolisce e ben sovente li annienta. Ed ecco quale conseguenza di ciò nascervi quasi un paradosso nella terapia dei fibromiomi uterini. La castrazione ed il puerperio che conducono al medesimo risultato. Come per certo sapranno, oggidì è caldamente raccomandata sulle orme del Baltey e dell'Heyar l'ovariotomia normale per ottenere colla menopausa artificiale la guarigione dei fibroidi uterini. Ancora in questi ultimi tempi la statistica diede ragione agli arditi innovatori ed un'allievo dell'Heyar, il Wiedow di Friburgo (Baden) in una sua memoria *Sulla castrazione contro i fibromi uterini*, pubblicò ultimamente tutti i fatti editi ed inediti che potè raccogliere sul soggetto presentando un complesso di ben 149 operazioni con l'11 $^0/_0$ appena di mortalità. Or bene, per essere più preciso nelle sue conclusioni esso basa il suo lavoro specialmente su 49 casi in cui potè assicurarsi dell'esito definitivo. Di questi 49, in seguito alla castrazione 36 ebbero menopausa e diminuzione notevole del tumore; in 8 fu notata la menopausa, ma nulla si potè sapere del decorso del neoplasma, ed in 2 si ottenne atrofia nel tumore persistendo ancora leggieri perdite di sangue. È degno di nota il fatto che alcuni di questi fibroidi benchè giungessero al bellico si ritrassero grandemente, e questo brillante esito e la scomparsa delle metrorragie dovranno certamente far prevalere la castrazione sulla miotomia che oggidì ancora dà il 33 $^0/_0$ di mortalità anche agli operatori più fortunati.

Ritornando alle fasi del mioma nel puerperio, senza far scorrerie nella letteratura straniera e citare gli splendidi casi di Caseaux, Courty, Pean, Sedywik e Scanzoni, troviamo presso di noi largo materiale per dimostrare la spontanea fase di regressione cui vanno soggetti i tumori in questione. Mi basti accennare ai due fatti da me osservati nella clinica di Torino ed alla statistica di Mangiagalli, in cui su 26 donne portanti fibromi e sopravissute al parto, 11 volte nel puerperio si notò una marcatissima atrofia nel tumore.

Può l'arte coadiuvare la natura in questa sua benefica tendenza a liberar l'utero da un noioso parassita, eccitarla se pigra e sostituirne l'azione se questa manca?

In altri termini può l'ostetrico scegliere tra i varî mezzi che la ginecologia gli insegna per la cura dei fibromi uterini, ed applicarlo senza tema di ledere la funzione puerperale?

È ancor dubbio se si debba o no intervenire nel puerperio. È vero che mediante la rigorosa antisepsi diminuirono notevolmente i pericoli di procurare alla puerpera processi settici intervenendo con operazioni cruente. Date oggidì condizioni favorevoli d'accesso al tumore, il pratico non deve esitare a seguire l'esempio del Vest, del Barnes, del Danjau e dell'Heyar, specialmente poi se copiose emorragie facciano correre pericolo di vita alla madre; in questi casi l'ablazione del tumore diventa l'indicazione la più razionale. Ma non è sui grandi atti operativi che intendo chiamare l'attenzione loro. Mi limiterò solo a cercare se tra i processi consigliati per la guarigione dei fibroidi alcuno ve ne sia che per la facilità d'impiego e sicurezza nell'esito, possa essere alla portata di qualunque pratico senza ledere di troppo la sensibilità materna.

Nella terapia del fibroide uterino in ginecologia varî furono i mezzi consigliati, alcuni a scopo di guarigione definitiva, altri solo per frenare le emorragie concomitanti. Chi cercò di facilitare il riassorbimento del tumore mentre da altri si tentava di arrestarne lo sviluppo o provocarne l'espulsione spontanea. Nel puerperio è specialmente a favorire il riassorbimento e frenare le emorragie che dobbiamo rivolgere le nostre mire. Dei sussidi terapeutici a tal uopo raccomandati, alcuni sono di un'azione incerta ed illusoria, altri stante la mancanza di sufficienti esperienze non si possono al pratico consigliare in modo definitivo. L'uso interno del bicloruro di mercurio, del bromuro di potassio, del cloruro di calce, delle acque di Kreuznak, Kissingen, Salins e di Iatstzember consigliate da Wills, Simpson, Clintok, Freund e Spencer Wells, se nelle mani di questi autori diedero risultati, non si possono con necessaria sicurezza presentare. La calcificazione del tumore ottenuta colle punture nella sua trama come propone il Simpson, l'irritazione col ferro rovente di Retzius, l'incisione della cervice uterina proposta dal Mac Clintok e sostenuta da Bacher Brown onde, togliendo l'antagonismo che esiste tra le fibre muscolari del collo e quelle del corpo uterino, possano queste ultime viemmeglio contraendosi favorire la riduzione del tumore, sono anche essi mezzi tutti, per la lunghezza del tempo che abbisognano e per le difficoltà operative che presentano, di difficile impiego nel puerperio.

Non così sarebbe dell'elettricità applicata sotto forma di corrente continua come proposero e praticarono Martin Lavallée e l'Apostoli ultimamente, l'elettrolisi ed il processo di Hildebrandt od iniezioni ipodermiche di ergotina all'addome, che per parte mia non esito a dichiarare forse l'unico nel puerperio che possa da qualunque pratico venir esperito in caso di esistenza di fibroidi uterini. Per ciò che riflette la distruzione dei tumori colla corrente continua numerose oggidì sono le osservazioni pubblicate favorevoli all'esito. Ultimamente ancora l'Apostoli (1), lesse all'Accademia Medica di Parigi un'importante memoria in proposito seguìta da ben 118 osservazioni da cui appare che la galvano-caustica endo-uterina porta rapidamente una regressione di tutti i

---

(1) *Extrait du praticien*, 18 août 1884, Paris — *Traîtement des tumeurs fibreuses de l'uterus* par le docteur Apostoli.

fibromi, specialmente se interstiziali, ma non la totale disparizione. Essa ristabilisce la salute della donna completamente, e sopprime le metrorragie. Il polo attivo endo-uterino sarà positivo quando il fibroma è accompagnato da emorragie e da ribelli leucorree; negativo negli altri casi tutti, specialmente se si nota l'amenorrea e la presenza di perimetriti allo stato cronico. L'intensità raggiungerà progressivamente in una o due sedute la media di 100 *milliamper;* le sedute dureranno in media da 5 ad 8 minuti e dovranno raggiungere il n. 20 o 30 perchè se ne possa osservare qualche beneficio.

Per ciò che riflette la distruzione dei fibroidi uterini coll'elettrolisi proposta da Cutler nel 1871, impiegata da Broure nel 1873, Kimbal nel 1874, Ciniselli nel 1875, Scmelder nel 1876 con successo, essa al dire di Menier di Parigi meriterebbe di esseres eriamente studiata se non fosse del lungo tempo che si deve impiegare per ottenerne qualche vantaggio.

Il Menier al Congresso ultimo di Copenhagen riportò sei osservazioni con esito brillante di distruzione di fibroidi uterini. Per lui l'operazione è semplice e senza pericolo a condizione di agire non attraverso la vagina, ma arrivare sul tumore attraversando coll'ago le pareti addominali. Secondo l'autore francese l'elettrolisi sarebbe indicata innanzi al trattamento chirurgico se i mezzi interni medici non riuscirono, allorchè i fibromi sono voluminosissimi e fissi, quando le metrorragie profuse mettono in pericolo la vita della madre e l'ablazione o non è accettata od è impossibile. Menier semplificò il processo; secondo lui una pila a corrente continua di Gaiffe di 24 elementi con un galvanometro graduato, degli aghi in oro di 10 centimetri di lunghezza su un millimetro e mezzo di spessore appiattiti ed aguzzi allo estremo come una lancia a bordi taglienti, isolati per la lunghezza di 7 centimetri con una vernice resinosa in modo che la punta sola sia scoperta, sarebbero sufficienti per l'operazione. Gli spilloni verrebbero portati in sito su di un porta-aghi munito di una tacca d'arresto graduata che permette l'introduzione dell'ago sino ad un punto fissato d'innanzi, menre i fili conduttori leggeri e flessibili sarebbero riuniti agli aghi mediante piccole *serres-fines.* L'operazione deve ripetersi due volte per settimana, od ogni 10 giorni se sorgono accidenti infiammatorii. L'applicazione dovrà durare 20 minuti dal momento in cui gli elettrodi positivi e negativi furono improntati ad una profondità di 8 centimetri; dopo l'estrazione degli aghi, gli orifizi saranno otturati col collodion. Questo mezzo, benchè facile, non è però d'impiego così certo nel puerperio come quello d'Hildebrandt, riuscendo inoltre più doloroso.

Gli elogi che nella cura dei fibroidi uterini si fecero del processo Hildebrandt sono per certo di molto superiori alla critica.

De Sinety non esita nel proclamarlo *une précieuse conquête térapeutique* (1) per la riduzione di questi tumori. *Non si può negare,* scrivono Gusserow e Spiegelberg, *che mediante l'azione dell'ergotina siasi osservata la scomparsa e diminuzione dei fibro-miomi e se si raccogliessero le osservazioni in proposito fatte e si deducesse la somma dei risultati, dovrebbesi confessare che il processo d'Hildebrandt ar-*

---

(1) De Sinety, loc. cit., vol. 1°.

ricchisce moltissimo i nostri mezzi terapeutici nella cura di questi tumori (1). Lo Schroeder nel suo *Trattato di ginecologia* si dimostra partigiano del processo d'Hildebrandt, *giacchè gli si può attribuire per più riguardi un'influenza benefica ed un impicciolimento del fibromioma* (2). Iaeger, Fheling, Winkel, Zweifel, Barnes e Thomas Gallard manifestano uguale opinione; opinione che trova la sua pratica sanzione non solo nelle numerose guarigioni ottenute da Hildebrandt, Byford e Gusserow, ma nelle osservazioni che si praticano tuttodì in proposito, tra cui cito varie che vennero a mia conoscenza del prof. Giuseppe Berruti, il quale spero non tarderà a renderle pubbliche. È tale il favore universale che ottennero queste iniezioni ipodermiche che sempre dovrà il pratico farle precedere a qualunque operazione cruenta. E questa non è una gratuita idea mia, ma Lawson Tait trattando della miotomia vuole che a lei si ricorra solo dopo che una prolungata cura di Hildebrandt ed il riposo, non abbiano fatto perdere ogni speranza di guarigione (3). Si noti che nei casi succitati trattavasi di miomi sviluppatisi in utero vuoto, fuori dello stato puerperale, quindi in condizioni meno favorevoli per ottenere la contrazione del muscolo uterino. Perchè altro è suscitare il riassorbimento del mioma in un utero che riposa, altro è solo secondare un'azione naturale e tutt'al più favorevole con tentare di aumentare la potenza involutiva propria del puerperio. So che mi si obietterà essere impossibile in molti casi per la brevità del puerperio, poter ottenere effetti definitivi stante il tempo che il processo di Hildebrandt necessita, ma in ogni caso credo che sarà sempre meglio già cominciare nel puerperio, specialmente poi se esso è accompagnato da gravi metrorragie.

Non nego che qualche inconveniente dalle iniezioni ipodermiche di ergotina si abbiano. Io stesso in varî casi di metrorragie per endometriti ed atonie uterine, osservai la formazione di noduli duri nel tessuto cellulare sottocutaneo dolorosissimi che talora davano luogo a delle dermiti circoscritte. Qualche caso pubblicossi pure di risipola, linfangiti e persino di ergotismi consecutivi a queste iniezioni. Quest'ultimo accidente succede però solo se si giunse a dosi tossiche nel rimedio, ed i ginecologi sono unanimi nello ammettere che si possa arrivare sino a 50 iniezioni senza pericolo di avvelenamento. Per evitare le complicazioni flogistiche locali Hildebrandt invece della soluzione alcoolica di Langenbek (estratto acquoso di segala gr. 2,5, spirito diluito e glicerina ana gr. 7,5) propose la seguente: estratto di segala acquoso gr. 3, glicerina ed acqua distillata ana gr. 7, o di sostituire all'acqua distillata semplice quella di mandorla amara. Fenomeni locali però anche variando la formola se ne osservano sovente, ma essi sono di tale poca entità e così passeggieri da punto scemarne i pregi che rendono così prezioso nella cura tanto sintomatica quanto radicale dei fibro-miomi uterini, il processo di Hildebrandt.

---

(1) *Archiv. fur gynecologie*, vol. 6°, p. 513.
(2) Schroeder, *Trattato di ginecologia*, loc. cit., p. 213.
(3) Lawson Tait, *Abdominal section in diseases of the uterus on of the uterine appendayes*, *Medical News*, Philadelphia, 27 settembre 1884.

Osservazione clinica.

Il 17 febbraio 1884 fui dal dott. Richieri richiesto in consulto per dubbio di gravidanza presso la signora F....., veneta, abitante in Torino. Bionda, linfatica, con un enorme sviluppo del ventre, essa è oggidì nel suo 34° anno di vita. Ebbe le sue prime mestruazioni all'età di 14 anni, che si susseguirono anticipando sempre di giorni sei, ma ognora scarse e colla durata da 3 a 4 giorni. Passò a marito all'età di anni 27, non ebbe giammai gravidanze, nè notò alterazione veruna nelle funzioni sue mensili. La comparsa ultima delle sue mestruazioni la fa risalire alla fine di settembre, ed in ottobre accusò i primi fenomeni simpatici della gravidanza. Sul principio di febbraio fece chiamare il suo curante per gravissimi dolori ipogastrici, premiti violenti con vomiti. Trattandosi di una colica uterina con mancanza di mestrui e dubbio fortissimo di gravidanza, il dott. Richieri passò ad un esame ed i fatti che riscontrò furono di natura tale da indurlo a chiamare l'opinione pure di un collega. Ecco il risultato delle varie esplorazioni da noi fatte. Capo e torace nulla di particolare. Enorme sviluppo di adipe alla pelle dell'addome per cui riesce difficilissimo il limitare un tumore sottostante che oltrepassa il bellico, duro, pochissimo mobile distintamente bilobato in alto. Nessuna contrazione si percepisce colla palpazione. Il lobo destro della grossezza della testa di un adulto si protende a destra sotto le false coste, a sinistra è molto più limitato. Esplorata internamente non si trovano tracce del collo dell'utero per quanto si spinga in alto ed in basso il dito e si faccia cambiar posizione alla donna; lo scavo è completamente ripieno di una massa dura, bernoccoluta, dolorosissima alla menoma pressione; la stessa massa si presenta all'esplorazione rettale occupante lo spazio del Douglas per cui il retto ne viene gravemente compresso. Sibale durissime si sentono in alto. Dubbio non poteva esservi; trattavasi di fibromi multipli uterini, ma oltre i neoplasmi patologici eravi pure un tumore fisiologico da gravidanza? I fenomeni rilevati dal seno, quelli del ventricolo, la mancanza dei mestrui benchè presi isolatamente non potessero avere grand'importanza pel diagnostico differenziale, ne avevano moltissimo esaminati in complesso; formulai diagnosi di gravidanza dal 4° al 5° mese complicata da fibromi interstiziali multipli; all'ascoltazione nessun rumore potei percepire e ciò in parte si deve all'enorme quantità di adipe che attutiva qualunque suono. Spiegai il fatto al marito invitandolo a farmi avvisare nel 7° od 8° mese ove qualche fenomeno speciale si presentasse, ed anche indipendentemente da ciò per vedere se non era questione di anticipare il parto, data la certezza della gravidanza. Più nulla ne seppi sino al 20 giugno, in cui scoppiò il sopraparto. Venni poscia a conoscenza che il prof. Giordano un mese dopo in consulto pure ebbe ad esaminarla, manifestando opinione analoga alla mia.

Chiamato d'urgenza il 20 giugno dal Medico curante presso la signora verso le 10 di sera, trovai che l'utero aveva preso un enorme sviluppo. Saliva all'epigastrio, occupava l'addome tutto e faceva note-

vole sporgenza in alto, anche la donna essendo coricata. Esso era duro, contratto, senza intermittenze di riposo, procurando dolori fortissimi. Battito cardiaco appena percettibile a sinistra in alto. Le acque poco abbondanti erano scolate momenti prima, ed all'esplorazione vaginale potei raggiungere dietro il pube la bocca uterina dilatata di 3 centimetri circa. Nessuna traccia di presentazione e la massa dura che occupava lo scavo rendeva difficilissimo l'esame. Fatto cercare il professore Giordano che non potei rinvenire, richiesi verso le 11 pomeridiane in consulto l'egregio Giuseppe Berruti con cui concordando pienamente per ciò che rifletteva la diagnosi, decidemmo di rimandare ogni provvedimento ostetrico al mattino onde aspettare una dilatazione maggiore negli orifici uterini. Consigliammo una pozione calmante per la notte ed al mattino in unione del Giordano e del Richieri si passò col Berruti ad un nuovo esame. Il tumore a destra continuava invariabile nelle sue forme e dimensioni; la parete posteriore dell'utero sempre bernoccoluta e dura riempie lo scavo, non essendo la massa stata portata in alto dalle contrazioni dell'utero; alla bocca uterina dilatata di circa 6 centimetri giungevasi difficilmente guardando essa non in basso, ma verso l'arco pelvico; spingendo il dito dentro all'orificio e contemporaneamente comprimendo esternamente sull'ipogastrio, sentivasi il vertice, che appena però giungevasi a sfiorare col dito.

Deciso l'intervento e rifiutata assolutamente l'operazione cesarea, che a scarico di coscienza venne proposta onde cercare di ottenere un feto vivente, vista l'inutilità dei ripetuti tentativi di respingimento del tumore in alto, considerato che all'enucleazione di *ante-partum* del neoplasma non era a pensarvi, stante la sua estensione, si ricorse dopo inutili tentativi di versione interna all'embriotomia come unico mezzo possibile per liberare la donna. La craniotomia riuscì mediante il trapano curvo del Braun che potè benissimo adattarsi alla linea curva che si doveva percorrere stante la posizione dell'orificio per giungere sul vertice. Non così facile fu l'introdurre la branca maschio del cranioclasta Braun nello speco-cranico e si ottenne lo scopo solo dopo ripetute manovre e mediante valida compressione esterna della testa sull'ingresso della pelvi. La branca esterna diede luogo ai medesimi inconvenienti stante il poco spazio e venne portata sul lato destro della pelvi. L'incrociamento delle branche fu pure impresa noiosa e l'estrazione si ottenne solo mediante valide trazioni a due, fatte da me e dal Berruti. Lunga e faticosa riuscì pure l'estrazione delle spalle e la laboriosa embriotomia si compì coll'estrazione di un feto a termine lungo cent. 50 del peso di gr. 3180 senza parte della massa cerebrale. All'esame del capo tosto si vede che dei due modi di funzionare del cranioclasta in questo caso si fu l'inclinazione della base del cranio quello che si ottenne. Il vertice uscì inclinato essendo il foro caduto quasi a metà della sutura sagittale più a sinistra che a destra e la branca femina sul parietale destro. All'esame la base mostra rotte le grandi ali dello sfenoide ed è notevolmente sconnessa nel suo assieme. È solo all'unione di questi varî fatti che si deve l'uscita dall'angustia del feto.

L'estrazione manuale della placenta non presentò difficoltà. All'emorragia si provvide tosto con iniezione di acqua calda nel cavo uterino e segala cornuta internamente. L'utero, esaminato subito dopo il parto, presentava il volume ancora di una gravidanza di sette mesi e notevole mostravasi il fibroma del lato destro. Nelle identiche condizioni l'ebbe a trovare il

giorno dopo il Mangiagalli che gentilmente visitò meco la puerpera. Nessun processo settico mediante la profilassi ebbe a notarsi. Si lasciò in cura la puerpera al dott. Richieri nè la rividi che al 15° giorno e rimasi stupito della riduzione ottenuta nei fibromi. Avvertii la famiglia di stare attenta a possibili emorragie, emorragie che fortunatamente non si presentarono. Ora è da tre mesi mestruata normalmente e col medesimo tipo di prima, ed il due dicembre avendola esaminata ritrovai, a cinque mesi dopo il parto, appena traccia sulla parete posteriore dei fibro-miomi rappresentati da noduli grossi come una nocciola, mentre un tumoretto del volume di un uovo di piccione si nota a destra ed in alto. Nessun dolore, nessun scolo emorragico e la signora, previdente però, giurò a se stessa di non più dar motivi con nuove gravidanze allo ingrossarsi dei pericolosi parassiti che tanto la tormentarono.

Altri autori consultati: B. S. Schultze, *Traité des déviations utérines*, trad. p. I. V. Hergotl. — F. Churchill, *Maladies des femmes*. — A. Leblond, *Traité de chirurgie gynécologique*. — Graily-Hwitl, *Patologia, diagnosi e cura delle malattie delle donne*, versione I. A. Scambelluri. — *Rendiconti clinici della clinica ostetrica* dal 1860 a tutto il 1881. — *Rendiconti clinici della Maternità di Torino* dal 1872 al 1875, del medico-capo G. Peiretti.

Dott. LIBERO BERGESIO.

LA TACHELORRAFIA OD OPERAZIONE DI EMMET

Spero non riuscirà del tutto discaro ai lettori della *Gazzetta Medica* un breve cenno su quest'operazione poco nota in Europa mentre è diffusissima nell'America del Nord. È solo nel 1869 che il dottor A. S. Emmet in una memoria *Sulla chirurgia del collo uterino* pubblicata dal *The American Journal of obstetrics* nel numero di febbraio, chiamava l'attenzione dei pratici sulle conseguenze vicine e lontane delle profonde lacerazioni del collo uterino che succedevano durante il parto, e ne proponeva la riparazione ad epoca remota previa cruentazione dei bordi cicatriziali. Ecco spiegato il senso della parola tachelorrafia.

Il concetto di Emmet venne preso in grande considerazione dai ginecologi americani suoi concittadini, e mentre appo di noi è grazia se l'operazione sia arrivata alla ventina, in America già oltrepassa il migliaio. Questo fatto non devesi ascrivere a mire diffidenti dei chirurghi europei verso l'atto operativo, ma bensì al fatto che partendosi da altre idee sulle conseguenze delle lacerazioni del collo uterino puerperali, diedesi poca importanza alla loro riparazione chirurgica. Ciò non di meno l'operazione di Emmet la vediamo adottata anche presso di noi, e Tarnier sin dal 1880 e Peyrat a Parigi la praticarono con qualche successo come risulta dalla tesi del Faye su detta operazione edita a Parigi nel gennaio 1881. Segnalo pure due tachelorrafie eseguite dall'Eustache di Lille e da lui accennate in una sua memoria in proposito che vide la luce nell'ultimo numero degli *Archives de tocologie e maladies des femmes di Parigi*. Playfair e Tilt in Inghilterra pure l'adottarono e lo Schroeder di Berlino non solo la praticò, ma, come vedremo in seguito, modificò persino il metodo proposto dall'Emmet. Ch'io mi sappia, in Italia casi di operazione di Emmet pubblicati non ne furono ancora, e poco o nulla su quest'operazione troviamo nei recenti trattati di ginecologia.

Ma quale fu il movente che spinse il ginecologo d'America a proporre questa nuova operazione?

Nel già citato suo capitolo *Laceration du col* del suo libro *Princi-*

pales and practice of gynecology comparso nel 1879, egli sviluppa questo suo concetto di cui diffusamente ragionano pure i dottori Harte e Barbour nel *Manuale di ginecologia* pubblicato recentemente ad Edimburgo. Emmet partendo dal principio che le lacerazioni vaste del collo uterino, uniche o multiple, sono punto di partenza di frequenti alterazioni patologiche nell'utero e suoi annessi, predisponendo ad ingorghi, spostamenti, metriti ed esulcerazioni, propone la sutura per rimediare a questa dannosa influenza. Prima di tutto dobbiamo ciecamente sottoscrivere a questo modo di vedere assegnando cioè tanta importanza alle lacerazioni del collo nell'esistenza dei morbi uterini?

È da tempo che le lacerazioni puerperali della cervice uterina attirano l'attenzione dei pratici; ed il loro numero, sede di predilezione, momenti del parto in cui si producono, condizioni individuali che le favoriscono, e conseguenze mediate ed immediate furono e sono tuttodì vagliate dagli ostetrici. Pochi però pensarono all'importanza che potevano avere sulla futura vita regolare dell'utero, e tra i primi troviamo il Roser che si occupò seriamente dell'influenza che una profonda incisione della cervice poteva avere specialmente sugli stati flogistici lenti uterini.

Il patologo tedesco fece dipendere dall'esistenza di queste lacerazioni uno speciale stato di *eversione* della mucosa cervicale già segnalato dal Tyles Smith col nome di *Inversion of the canal of the Cervix uteri* (*Patholog. and Treatment of leuc.*, pag. 84).

Roser studiando questo modo di disporsi della parte per cui ne succede una vera eversione della mucosa delle labbra del muso di tinca, donde la mucosa interna della cervice uterina fa ernia attraverso l'orificio esterno del collo e sporge in vagina, trovò che questo fatto devesi all'esistenza di un tessuto rigido, di cicatrice, a livello della lacerazione puerperale, e paragonando il fenomeno a quello che succede nella formazione dell'ectropion cicatriziale nelle palpebre, battezzò pure l'alterazione patologica uterina in questione, col termine di *Ectropio dell'orificio uterino* (Roser, *Archiv. d'Heilkund*, 1861, pag. 97 e Schroeder, vol X, *Patologia e terapia Ziemssen*).

Per quale meccanismo l'Emmet spiegherebbe l'influenza della lacerazione sulla genesi delle varie metriti? È noto e non avvi ginecologo che non insista su ciò, che la maggior parte dei processi flogistici lenti uterini trovano il loro punto di partenza nell'arrestata involuzione puerperale dell'utero. Or bene, secondo l'Emmet, causa potentissima di ritardo non solo, ma di assoluto impedimento nella retrazione uterina, sarebbero le lacerazioni del collo, *quando queste però non si limitino alla porzione vaginale, ma invadano pure la parte sopravaginale e si estendano od al tessuto proprio del corpo dell'utero od al tessuto cellulare che attornia l'utero tra la vescica ed il retto*. È così posto un limite naturale alla tachelorrafia, che certamente non è operazione da praticarsi in tutte le divisioni del collo uterino. Arrestiamoci brevemente su queste lacerazioni.

Guai se si dovesse eseguire l'operazione di Emmet per le lacerazioni puerperali tutte. Delle piccole lacerazioni limitate al muso di tinca specialmente al lato sinistro, se ne incontrano in quasi tutte le pluripare. Le lacerazioni del collo uterino possono essere spontanee o prodotte dall'arte, ostetriche o ginecologiche e quest'ultime le troviamo o causate

da accidenti fortuiti, come applicando un dilatatore, od estraendo un voluminoso polipo, come pure possono essere fatte dall'arte a scopo curativo. Già ho detto che abbiamo delle condizioni che favoriscono ed il prodursi e lo estendersi in alto nel parto delle lacerazioni. Lo sviluppo anormale ed imperfetto della cervice uterina, le flessioni, l'indurimento od esulcerazioni del collo e le varie specie di metriti cervicali predispongono a divisioni cruente del collo. Queste cause le troviamo segnalate dagli ostetrici tutti, ma nessuno ancora pensò ad un'ultima di origine prettamente americana, e ch'io riporto tanto per sollevare un po' lo spirito dei miei lettori dal tedio che deve inspirar loro questa noiosa rassegna.

Il dottor Wyllie di New-Jork nel numero di gennaio 1882 dell'*American Journal of obstetrics* in un suo per altro pregiato scritto (*Observathions on laceration of the cervix uteri*) che io trovo riportato dagli Archivi ostetrici di Parigi nella già prelodata memoria dell'Eustache, trattando dell'eziologia delle lacerazioni uterine durante il parto, trovò che le cervici uterine americane hanno un nemico di più che le insidia. Risulterebbe dalle statistiche che le lacerazioni profonde del collo, quelle che necessitano per la gravezza loro l'operazione di Emmet sono molto più frequenti nell'America del Nord che presso di noi in Europa. Come spiegare questo fatto senza che ne scapitasse l'onore ostetrico nazionale? È forse ciò dovuto ad un più pronto intervento operativo, a più largo impiego dei mezzi dilatanti della bocca dell'utero durante il parto, a più esteso uso nelle applicazioni del forcipe, a ritardi nell'eseguire le versioni prodotte da manco d'istruzione nelle mammane, alla posizione con cui in America si fa partorire la donna, sul fianco sinistro, oppure ad uno speciale stato anatomico della bocca uterina che predisponga alle lacerazioni le donne Americane? Neppur per sogno. « Essendo dimostrato (scrive « il Wyllie) che gli Americani sono più intelligenti degli Europei e « quindi di necessità virtù dovendo avere anche dalla nascita una capa- « cità cranica maggiore, ne viene per conseguenza diretta che le lace- « razioni del collo sono più frequenti in America che non in Europa!! »

Mi pare che *cæteris paribus* si potrebbe risponder al Wyllie, sempre stando nel campo eziologico dell'anatomia, per rischiarare questo punto, che se gli uomini Americani hanno il cranio più grosso del nostro, lo stesso dovrà succedere per le donne. E siccome vi esiste una legge naturale di proporzione tra le singole parti del corpo, così a testa più voluminosa dovrà nelle donne del nuovo continente corrispondere bacino più ampio ed organi genitali più sviluppati e di necessità virtù bocca uterina più ampia; per cui dato ciò che non è dimostrato che le teste dei feti americani sieno più voluminose degli europei, troveranno per uscire delle porte anche più vaste, e la tesi di supremazia intellettuale americana se si fonda solo su questo fatto, la mi sembra, se pur fosse vera, pochissimo dimostrata. Per altra parte poi non risultando dai trattati di ostetricia che i cranii americani sieno più ampi, nè le teste dei feti più voluminose, specialmente se si paragonano coi loro fratelli anglo-sassoni di Europa, così mi credo in dovere di respingere scientificamente questa causa predisponente, che rende colà tanto frequenti le vaste lacerazioni della porzione sopra-vaginale del collo uterino, mentre, presso di noi in Europa, sono relativamente abbastanza rare, e per lo più conseguenza di parti difficili o di operatori mal destri, come risulta dai trattatisti tutti e dalla pregiata memoria del Budin sul soggetto (*Des lesions*

traumatiques chez la femme dans les accouchements artificiels — Thèse, Paris, 1878).

Noterò di passaggio che l'ostetrico presso di noi non attende, ma provvede subito a queste lacerazioni vaste, e se non lo fa è però in obbligo di farlo. È precisamente per queste lacerazioni che Schroeder propose solo la sutura immediata della soluzione di continuo, non solo per prevenire accidenti remoti e dubbi, quanto per premunirsi contro la diffusione di processi settici dai bordi lacerati al peri e parametrio, e talora porre termine a fastidiose emorragie che invano si cercò di frenare coi statici in uso (Schroeder, *Trattato di ostetricia*, edizione 7ª, versione A. Rocca, pag. 654). Ed ove l'ostetrico si attenga a questi precetti del ginecologo di Berlino, molte noie saranno risparmiate, e certamente a nessuno rincrescerà poi molto di veder radiata dal campo ginecologico un'operazione, se colla cucitura immediata dei bordi lacerati noi possiamo ovviare a tutti i mali cui mirava di guarire l'Emmet colla sua operazione.

Che tali lacerazioni sieno in America frequentissime è facile il convincersene colle seguenti cifre.

Il dott. Hugues Wells in una memoria comparsa in questi ultimi tempi (*The possible dangus of Tachelorraphy American Journal of obstetrics*, giugno 1884) presenta il seguente specchio per ciò che riflette la frequenza di questa lesione:

Su	500	donne pluripare	Emmet	trovò lacerazioni	164	Media	32,8 %
»	930	»	Munde	»	293	»	31,5 %
»	456	»	W. F. Backer	»	135	»	29,6 %
»	395	»	H. Davenport	»	139	»	35,1 %
Totale	2281				731		32 %

Da tutto ciò ne consegue che il terzo delle pluripare di quel paese portano quale conseguenza del parto estese lacerazioni, cosa che realmente deve stupirci e farci riflettere come benissimo osserva l'Eustache che ove il medesimo succedesse in Europa, il 10 0/0 delle nostre donne fertili dovrebbero essere operate di tachelorrafia mediata od immediata. Questa deduzione non abbisogna di commenti per dimostrarne la gravezza.

Continuando nelle sue indagini statistiche, il Wells è condotto a delle curiose deduzioni. Dall'ultimo censimento degli Stati Uniti di America risulta esistervi 7,600,000 donne dai 20 ai 30. Di queste sarebbero suscettibili a diventare madri secondo la tavola di Matheus Duncan sulle probabilità della fertilità nella donna, circa 1,175,000, e per conseguenza stando agli studi dell'Emmet il 32 0/0 di esse dovrebbero subirsi l'operazione di Emmet, se vogliono essere certe di andare immuni dalle noie di morbi uterini.

Lasciando stare che non è sempre facile il distinguere una lacerazione puerperale del collo da esulcerazione di altra natura, che ne abbia corroso il tessuto, come giustamente osserva lo Schroeder in un articolo del Giornale Ostetrico Americano (luglio 1882), ed essere necessario per assicurarsi di speciale manovra consistente nell'afferrare le due labbra della lacerazione e tirandoli in basso respingere la mucosa che cerca di insinuarsi tra i bordi e mantenerli per bene divisi, è bene prima di pro-

gredire nel nostro studio di domandarci quali sieno veramente le conseguenze patologiche lontane di questa lesione.

Per Emmet e seguaci suoi, data una lacerazione della porzione sopravaginale del collo uterino in donna che soffra di disturbi nell'utero e sue adiacenze, è alla esistenza della soluzione che si debbono far risalire i mali tutti dell'organo; ulcerazioni, ingorghi, iperplasie areolari, accorciamento dei legamenti e leucorree col codazzo solito dei dolori inguinali, sacrali, lombari ed ipogastrici. Fortunatamente non tutte le pazienti debbono essere operate anche secondo i più fervidi tachelorrafisti; infatti il Munde, uno dei più autorevoli campioni, scrive appena un ottavo delle donne che portano tale lesione essere passibili di operazione di Emmet.

Le idee dei ginecologi americani sull'importanza da assegnarsi alle conseguenze delle lacerazioni sono punto divise da tutti, ed anche nel loro paese stesso trovano voci autorevoli che si elevano contro certe esagerazioni. Così al Congresso Medico Internazionale di Londra nel 1881, Bennet l'autorevole scrittore sulla patologia dei morbi flogistici uterini negò in modo assoluto l'importanza delle lacerazioni profonde del collo nell'eziologia delle malattie dell'utero, e giustamente fece osservare che in varii e disparati stati patologici uterini, molti ginecologi praticano profonde incisioni del collo a scopo terapeutico; basti in proposito accennare alla cura proposta dal Sims per la guarigione delle anti e retroflessioni uterine. Per mantenermi ognora imparziale noterò che non ostante le valide opposizioni, l'operazione di Emmet riportò in tale occasione a Londra un discreto trionfo mediante le splendide difese del Pallen di New Jork, Goodell di Filadelfia, Marcy di Boston, Nelson di Chicago e del Playfair di Londra. Ma quali sono veramente le indicazioni che oggidì, cessati i primi entusiasmi e dopo lunga esperienza, autorizzano a tentare con fiducia l'operazione di Emmet? Goodell il quale registra ben 113 suoi proprii casi, ammettendo che oggidì va molto più cauto nell'eseguirla, la consiglia; 1° nei casi di ectropion della mucosa e sviluppo anormale dei follicoli di Nabot; indicazione questa unica accettata dallo Schroeder; 2° quando la donna è ereditariamente predisposta allo sviluppo di alcune affezioni uterine come sarcoma e cancro; 3° quando esiste un'infiammazione peri-uterina, persistente e ribelle agli altri metodi di cura. Emmet raccomanda in merito a quest'ultima indicazione di attendere però per operare che ogni più lieve sintomo d'infiammazione sia scomparso, ma giustamente Eustache osserva che cessando questi, cessano pure i moventi che inducono la donna a farsi guarire e l'operazione diventa per lo meno inutile.

Scrissi l'atto operativo non essere immune da pericoli per la paziente; infatti l'Eustache ne segnala parecchi che è bene siano conosciuti dai pratici. Wells divide gli accidenti che possono conseguire all'operazione di Emmet in mediati ed immediati. Tra questi ultimi prima si presenta l'emorragia che è frequente, benchè non grave, salvo ne sia ferita l'arteria coronaria del collo. Vedremo parlando della teorica operatoria che varii mezzi profilattici sono raccomandati contro quest'accidente; fra questi segnalo tosto l'irrigazione vaginale preventiva con acqua calda a 45-50 centigr.; mezzo questo il quale vediamo rapidamente diffondersi tanto nelle metrorragie ostetriche quanto nelle ginecologiche. In caso questa precauzione non fosse sufficiente, l'operatore l'arresterà col tirare in basso i bordi divisi e passando rapidamente alla sutura. Dal-

l'Emmet, Pallen, Goodell e Munde sono pure segnalate emorragie secondarie dal 2° al 20° giorno dopo l'operazione, e che per la loro gravezza necessitarono un pronto tamponamento.

Altro accidente è il manco di riunione delle due superficie cruentate, conseguenza questa dell'inabilità dell'operatore, perchè o la cruentazione dei bordi fu troppo limitata o troppo profonda, come pure può succedere che i fili possono lacerare le labbra della sutura se allacciati troppo stretti e dar luogo a dei processi necrotici. Sono punto rare le mancanze di adesione e su 437 casi rivistati dal Wells, 44 volte l'operazione non riuscì, cioè il 7 0/0, mentre possono pure sorgere complicazioni dal lato dell'utero ed annessi, come infiammazioni gravi al punto da procurare in quache caso la morte. Il sullodato autore americano riferisce 34 casi di celluliti (parametriti) e 9 peritoniti, di cui 6 seguite da morte, consecutive ad operazione di tachelorrafia.

I danni lontani sono dall'Eustache riussunti in quattro classi:

1° Restringimento ed atresia del canale cervicale; restringimenti fortunatamente non gravi, che giammai diedero luogo a fenomeni di dismenorrea meccanica nè impedirono il cateterismo e non portarono seco loro la sterilità.

2° Il riprodursi della lacerazione in un parto susseguente. Ora su 77 casi esaminati sotto questo punto di vista, 15 soli presentarono una leggera lacerazione superficiale, lacerazione di poca entità e di cui secondo lo Schroeder difficilmente può farne a meno qualunque partoriente; da questo lato non si potrebbero desiderare risultati migliori.

3° La presenza del tessuto cicatriziale ostacolando la dilatazione normale dell'orificio uterino, può rendere difficile in avvenire un parto. In proposito si notò qualche ritardo ma giammai un impedimento reale.

4° ed ultimo pericolo sarebbero le conseguenze che può avere l'operazione dell'Emmet sulla fecondità; pericolo che diede luogo a delle serie discussioni.

Il dott. R. Murphy, di Wasingthon, analizzando tutte le operazioni conosciute di tachelorrafia, non ne trovò che 11 seguite in un tempo più o meno vicino da gravidanze. E sì che, come già scrissi, quest'operazione oltrepassa il migliaio oggidì in America; per cui l'autore credette di doverne conchiudere *l'operazione di Emmet* essere *abitualmente seguita da sterilità.* Deduzione gravissima e che rovesciava parte del concetto su cui basavasi l'indicazione, stante che l'Emmet la propose pure a scopo di guarire la sterilità, sostenendo che la lacerazione del collo può per sè stessa impedire il concepimento. Per provare questa sua asserzione Emmet ne' suoi *Principales and practice of gynecology*, pag. 451, dà i risultati di 164 casi in cui prima che il collo si lacerasse nella porzione sua sopravaginale si ebbero 528 gravidanze, mentre dopo l'accidente solo più 47 donne rimasero incinte, non giungendo in tutto che ad 80 gravidanze; e di queste 80, due terzi terminarono con un aborto. Stando a queste cifre sarebbe giustissima l'asserzione dell'Emmet e più che accettabile e degno di lode un atto operativo che riparasse a questi tristi risultati. Non stupisce quindi la violenza con cui Emmet ed i suoi seguaci attaccarono il Murphy che sosteneva precisamente l'opposto. Ammettendo poi coll'Eustache come dimostrata la conclusione dell'Emmet ed accettando l'atto suo operativo quale unica conseguenza logica per riparare in questi casi alla

sterilità, vediamo un poco che cosa si ottenne colla tachelorrafia per ciò che riflette il concepimento.

Il dott. Wells studiò i casi e le operazioni tutte praticate sino al 1° marzo 1884, che potè raccogliere in numero di 1456; molti di questi casi non govano per schiarire questo punto discusso, perchè di non poche delle operate più non si ebbero ulteriori notizie. L'autore si ferma solo su 126 delle quali potè seguire attentamente la storia. Sono poche relativamente alla massa e generano nella mente mia una lieve diffidenza che per altro tengo per me, essendomi prefisso di riuscire imparziale nella storia dell'operazione. Or bene, su queste 126 concepirono solo 32; poco più del quarto (25,4 0/0); proporzione che si avvicina molto a quella della sterilità prodotta secondo i ginecologi americani dalle lacerazioni del collo; infatti il lettore ricorderà che su 164 donne a collo lacerato esaminate dall'Emmet, 47 furono madri.

Se però noi prendiamo nello studio della sterilità per punto di partenza le tavole del Duncan sulla fecondità, vediamo che il 47,9 0/0 di madri diventano sterili dopo cinque anni di matrimonio; 42,1 0/0 dopo il decimo anno, ed il 79,2 0/0 dopo il 15° anno. Se si bada che l'operazione di Emmet fu praticata nel maggior numero dei casi su pluripare che si trovavano dopo il decimo anno di matrimonio, epoca della vita in cui nello stato di salute si ha solo più il 37,9 0/0 di probabilità di aver figli, pei partigiani dell'operazione di Emmet è molto (ed in questo credo siamo tutti d'accordo) l'aver avuto coll'atto operativo in questione il 25,4 0/0 di fecondità. Per cui, stando a queste riflessioni, la tachelorrafia non porta la sterilità, anzi ne è potente nemico, mentre badando alle cifre prese in complesso, se non la produce, per certo non la vince, e la questione tra Murphy ed i seguaci di Emmet su questo punto, dall'altra parte dell'Atlantico continua del meglio.

Ed ora poche parole sul processo operativo.

Il metodo primitivo di Emmet subì per opera di lui e dei suoi fautori già varie modificazioni. L'Emmet oggidì, posta la donna sul fianco sinistro, scoperto con una larga valvola del Sims il collo uterino, afferra con un doppio tenacolo le due labbra della lacerazione. Nelle prime operazioni, onde premunirsi contro l'emorragia, cingeva il collo uterino, nella porzione superiore alla lacerata, con uno speciale serranodi da lui chiamato tourniquet uterino. Oggidì ne fa a meno e vi supplisce come vedemmo con abbondante irrigazione vaginale di acqua calda. Divaricate in seguito per bene le due labbra della lacerazione, procede alla loro successiva cruentazione, preferendo al bistori piccole cesoie lunghe e sottili, e lascia che uno dei nastri risultante dal taglio dei bordi penda in mezzo, onde ripristinare il canal cervicale ridotto a semi-canale dalla lacerazione. L'incisione va spinta per bene in su verso l'angolo superiore della lacerazione se si vuol essere certi della chiusura perfetta e nel cruentare i bordi bisogna badar bene a passare alquanto il limite del tessuto di cicatrice per cadere in strati capaci ad attecchire tra di loro e rimarginarsi. Più si avrà tirato in basso l'utero, minori difficoltà s'incontreranno nell'operare.

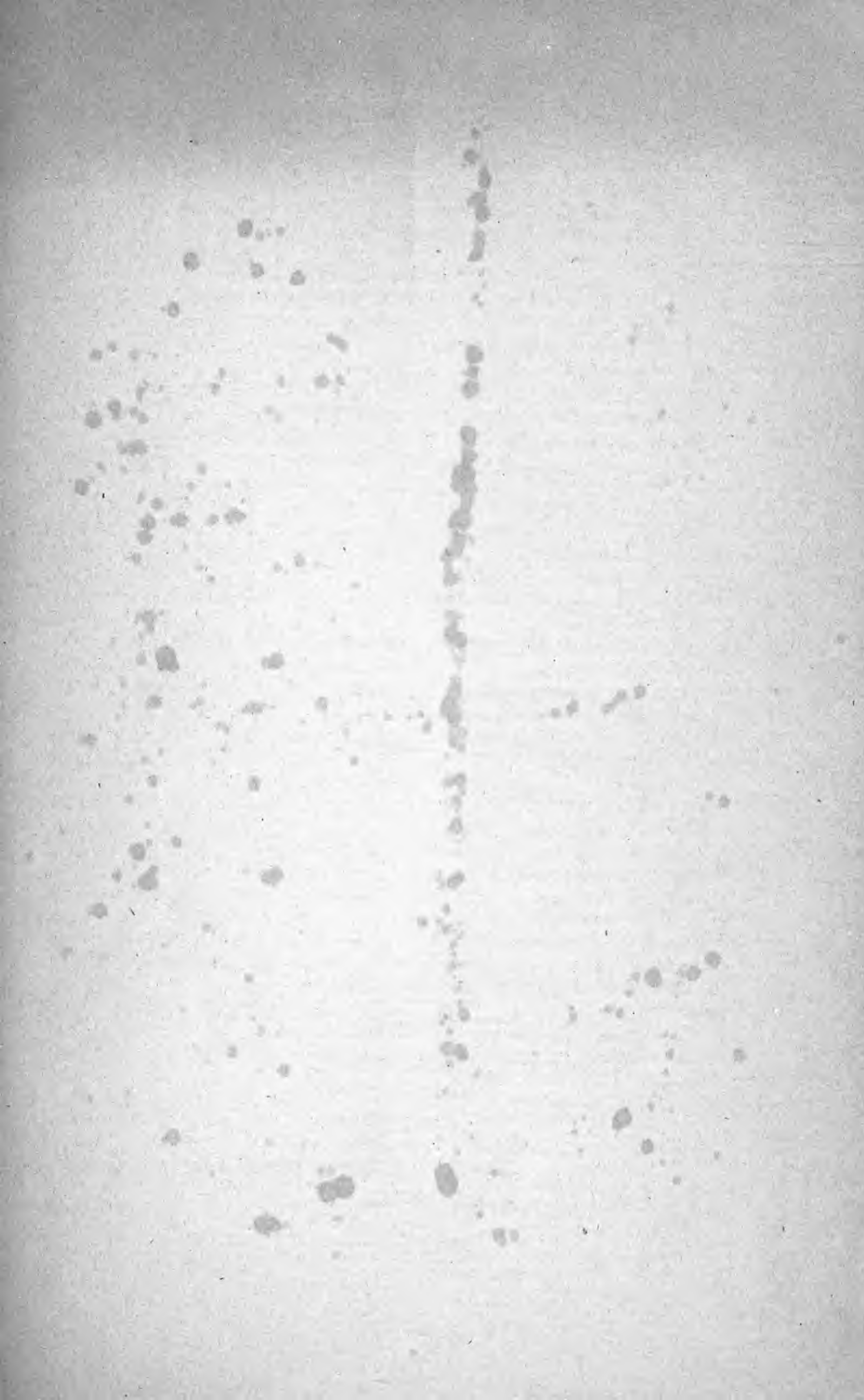
La cucitura dei margini l'Emmet la pratica con fili d'argento montati su aghi robusti e ben curvi che sono fissati su pinza porta-aghi. La sutura si pratica venendo dall'alto in basso e dal labbro anteriore al posteriore; tre o quattro punti di cucitura bastano quasi sempre, e

va specialmente sorvegliato il filo mediano che corrisponde alla lista di cicatrice lasciata in mezzo per avere la formazione del canale in modo il più che si può perfetta. Frenata l'emorragia si serrano i fili e la donna vien riportata sul suo letto, raccomandandole l'immobilità nel decubito orizzontale. Si evitino inopportune scariche alvine, e tolti al 7° giorno i fili si farà ancor per una settimana mantenere all'operata la posizione orizzontale.

Goodell modificò l'operazione, specialmente per ciò che riflette il modo di afferrare e tirare in basso i bordi della lacerazione. Scoperto per bene il collo ed afferrati isolatamente con due *tenaculum* le labbra della soluzione, li avvicina onde assicurarsi del punto in cui dovrà cadere l'orificio uterino esterno. A livello di questo punto porta attraverso i due bordi con un grosso ago curvo un lungo filo d'argento. I capi del filo sono annodati allo esterno e formano un'ansa che scorre per la parte sua superiore nel collo uterino. Con questo filo si tira in basso l'utero; la parte mediana dell'ansa, quella che scorre a ponte tra i due bordi viene in seguito tirata in basso in modo da giungere colla sua convessità ai capi esterni del filo annodati tra di loro; ne risulta da ciò che ogni labbro viene isolatamente tratto in basso e passato da un'ansa speciale. La cruentazione riesce più facile, e compiutala, si ridona la posizione primitiva al filo e l'utero sarà mantenuto fisso solo poi con un'ansa come era prima della cruentazione. A ciaschedun lato del filo centrale si passano le suture e si annodano. Goodell per poter più facilmente togliere al 7° giorno i fili, lascia per tutto questo tempo l'ansa in sito onde riuscire a trarre in basso l'utero facilmente.

Lo Schroeder di Berlino ammettendo come già scrissi, che la lacerazione del collo, se pur non dà luogo ai disturbi tutti lamentati dall'Emmet, ciò nondimeno nuoce per il catarro e l'ipertrofia della mucosa col ectropion consecutivo a cui conduce, propose una modificazione nella cruentazione dei bordi; cioè di approfondire di più l'avvivamento delle labbra ed invece di limitarsi alla superficie epiteliare della mucosa, escidere l'altezza tutta della mucosa cervicale, svotando in certo qual modo il collo uterino e portando l'incisione al tessuto proprio dell'utero; il ginecologo di Berlino che praticò varie volte l'operazione così da lui modificata, sostiene che sempre gli riuscì e giammai osservò accidenti successivi.

Ed ora quale conclusione dovrò trarre da questo mio cenno? Ho troppo poca esperienza in proposito per azzardare commenti. Sostengo solo la sutura immediata dover susseguire tosto alle profonde lacerazioni puerperali; e che coll'impiego razionale di tale sistema non solo saranno risparmiati disturbi dolorosi o noiosi alle madri, ma l'operazione dell'Emmet se non verrà radiata del tutto dalla pratica ginecologica, troverà ben ristretto il campo del suo impiego.

Dott. Libero Bergesio.

ANNO XXXVI

GAZZETTA MEDICA DI TORINO

GIORNALE DI MEDICINA, CHIRURGIA E SCIENZE AFFINI

INDIRIZZATO AI PROGRESSI DELLA SCIENZA E DELL'ARTE MEDICA

pubblicato e diretto dal Dottore

BERRUTI GIUSEPPE

con la collaborazione dei Dottori

CONDIZIONI DI ASSOCIAZIONE ED AVVERTENZE.

La ***Gazzetta Medica di Torino*** si pubblica il **5, 15** e **25** d'ogni mese con 24 pagine di testo ed 8 di copertina. In fine d'ogni anno si unisce una elegante copertina e due indici. Gli autori delle Memorie originali avranno in dono 25-50-100 copie di estratti a parte con copertina.

Delle pubblicazioni inviate alla Direzione in doppio esemplare sarà fatto un cenno critico nelle riviste speciali del giornale.

Il prezzo di associazione è di **L. 10** annue pei Medici, Chirurghi, Veterinari e Farmacisti d'Italia e di **L. 5** per gli Studenti delle tre Facoltà. All'estero le spese postali in più.

Le richieste per l'associazione devono farsi, con vaglia o lettera raccomandata, al dottore **Giuseppe Berruti,** Direttore del giornale (*via Ospedale,* 40), come al medesimo vanno indirizzati i reclami, i manoscritti, i giornali di cambio, le comunicazioni, i libri, ecc.

È pure aperta l'associazione alla Tipografia **Roux e Favale,** *Piazza Solferino* od alla *Galleria Subalpina,* TORINO.

L'associazione non disdetta un mese prima della scadenza s'intende rinnovata per l'anno che segue.

Sono accettate inserzioni a pagamento sulla copertina di annunzi approvati dalla Direzione, alle condizioni concordate cogli Editori **Roux e Favale,** cui spetta ogni interesse relativo.